



La organización de la asistencia médica en casos de desastres. El papel significativo del Consultorio Médico de Familia ante estas situaciones.

The organization of medical assistance in cases of disasters. The significant role of the Family Medical Office in these situations.

Dr.C. Diego Nápoles Riaño,¹ María Victoria Stuart Bruce,² Odalis Juana Pupo Rodríguez,³ Teresa Lissette Carcasés Sánchez.⁴

1. Especialista de I y II Grado en Cardiología. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba.
2. Máster en Ciencias Sociales y Axiología. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba.
3. Máster en Ciencias de la Educación. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba.
4. Máster en Bioética. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Cuba.

Correspondencia: diegonapoles@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los desastres naturales y los producidos por el hombre vienen en forma súbita e inesperada, alterando los sistemas normales de salud, tal es el caso de la COVID-19. De ahí la importancia de la planificación preventiva en relación con los desastres. La necesidad de organizar el sistema de salud para casos de desastre a nivel del país hasta el CMF, se hace necesaria.

Método: Se siguió el método histórico-lógico, con apoyo en la técnica de revisión documental.

Objetivo: Propuesta de consideraciones de la organización del Sistema de Salud de Cuba para el aseguramiento médico ante una Situación de Contingencia desde el Consultorio del Médico de la familia.

Resultados: definir la categoría de cada una de las instituciones asistenciales para casos de desastre desde cada uno de los niveles partiendo de las peculiaridades de cada uno de ellos, tomando en consideración el CMF, a partir de las normas, funciones que deben ejercer el Responsable del área de Salud hasta las misiones de y el despliegue de este a partir del desempeño de los centros de salud no afectados por el desastre.

Conclusiones: La regionalización de los servicios de salud debe ser parte de la infraestructura del sector en su estrategia nacional. Los Centros Asistenciales de Salud de acuerdo con su categoría

en la estructura del Sistema Nacional de Salud, deben contar con un Plan de Actuación para casos de Desastres. El destacado papel de los CMF junto al pueblo ante situaciones de esta envergadura.

Palabras clave: desastres naturales y humanos, sistemas de salud, planificación preventiva

ABSTRACT

Introduction: Natural and man-made disasters come in a sudden and unexpected way, altering normal health systems, such is the case of COVID-19. Hence the importance of preventive planning in relation to disasters. The need to organize the health system for disaster cases at the country level up to the CMF is necessary.

Method: The historical-logical method was followed, supported by the documentary review technique.

Objective: Proposal of considerations for the organization of the Cuban Health System for medical insurance in a Contingency Situation from the Family Physician's Office.

Results: define the category of each of the assistance institutions for disaster cases from each of the levels based on the peculiarities of each one of them, taking into consideration the CMF, based on the regulations, functions that the Responsible Party must perform from the Health area to the missions of and the deployment of this from the performance of the health centers not affected by the disaster.

Conclusions: The regionalization of health services should be part of the infrastructure of the sector in its national strategy. The Health Assistance Centers, according to their category in the structure of the National Health System, must have an Action Plan for Disaster cases. The prominent role of the CMF with the people in situations of this magnitude.

Keywords: natural and human disasters, health systems, preventive planning

“El poder es un mito y al mismo tiempo una realidad...En estos tiempos, más bien las inmensas mayorías somos espectadores no actores del curso de la humanidad”

Rigoberta Menchú Premio Nobel de la Paz, 1992

INTRODUCCIÓN

Los desastres naturales o antropogénicos son causa frecuente de problemas de gran envergadura que interesan la salud de las poblaciones y obstaculizan el desarrollo socioeconómico de las naciones, al agotar sus escasos recursos financieros en la reparación de los daños. Frecuentemente los efectos son de tal magnitud que ni el esfuerzo del país afectado ni la cooperación internacional son suficientes para lograr una completa reconstrucción y rehabilitación.

La Región de las Américas, el Caribe y el Pacífico sufren continuamente los embates de fenómenos naturales tales como terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, inundaciones, tornados y deslizamientos, Sunami, entre otros los cuales ocasionan no sólo un gran número de muertes, sino también daños en la infraestructura de servicios, en la agricultura, en la ganadería, así como alteraciones ecológicas que provocan incalculables pérdidas económicas.

En nuestra área los países están expuestos a los riesgos de la naturaleza y otros de origen tecnológicos, los cuales a pesar de que los avances científicos han contribuido significativamente al estudio de estos, aún no existe la tecnología que permita predecir con precisión su ocurrencia, con la excepción de los fenómenos atmosféricos cuya detección temprana permite adoptar con anticipación algunas medidas de protección.

En el área de la salud, los efectos producidos por estas y las que hoy son cada vez más frecuentes e intensas por los cambios climáticos, el efecto invernadero que han traído a la vez el llamado fenómeno del Niño, abarcan una amplia gama de implicaciones derivadas no únicamente de la demanda de una atención inmediata a las víctimas, sino de efectos a mediano y largo plazo en el ecosistema del planeta Tierra, así como consecuencia de la suspensión intermitente de los servicios básicos de salud y saneamiento, de la carencia de alimentos y de la interrupción de los programas de vigilancia y control de las enfermedades; aspectos que exigen un esfuerzo coordinado y una utilización racional de conocimientos y recursos.

Las medidas de emergencia con posterioridad a los desastres es una de las áreas que dependen más del esfuerzo concertado del sector salud. Asimismo, los desastres repentinos exigen que los profesionales de la salud vuelquen toda su capacidad técnica y su iniciativa en la solución de problemas bajo condiciones críticas, donde no siempre están disponibles las facilidades y los medios que se ofrecen en situaciones normales.

Dentro del amplio conjunto de necesidades y de su complejidad, la organización de la asistencia médica constituye sin duda el punto álgido y focal de coordinación de la respuesta del sector salud, ya que la atención oportuna juega un papel crítico para salvar vidas, como parte de las actividades de socorro.

Se hace necesario señalar que la respuesta de la atención de salud, pese a ser oportuna, podría resultar insignificante si es desorganizada e incoherente, y por lo tanto ineficaz e ineficiente. La respuesta oportuna no debe estar limitada solamente a la dirección de los primeros auxilios, sino a la organización de un sistema escalonado de atención de las víctimas y a la aplicación de técnicas apropiadas dentro de un conjunto de esfuerzos coordinados racionalmente.

La organización institucional también reviste especial importancia, ya que no basta con que existan estructuras físicas de gran complejidad y sofisticación y recursos humanos adecuadamente capacitados, si éstos no están debidamente estructurados para satisfacer las

necesidades que demande la atención de una catástrofe dentro o fuera de un hospital, es decir en la comunidad. En este sentido, las instituciones hospitalarias deben contar con planes de contingencia para diferentes tipos de desastres y mantener a su personal en continuo adiestramiento. Por otro lado, es necesario tomar en cuenta que un desastre mayor ha de exigir el concurso de todas las instituciones del sector salud. La coordinación de las instituciones de este sector es otro aspecto que merece particular atención, especialmente en los países de la Región donde los recursos del estado no siempre son suficientes.

MÉTODOS

Investigación de diseño documental la cual según Arias (2006:27), consiste en la "búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos obtenidos y registrados por otros investigadores".

El análisis y la crítica de fuentes permitió extraer inferencias de la teoría y la información empírica acopiada, permitió ampliar el conocimiento sobre el tema objeto de estudio, a través del análisis de texto, el contenido y los documentos normativos para la interpretación de los textos desde dos perspectivas: literal y la reconstrucción del contexto social investigado.

La metodología empleada asume el enfoque histórico- lógico a través del análisis y la síntesis, la inducción y deducción en la revisión bibliográfica, a partir de la consulta y valoración de textos primarios consultados.

DESARROLLO

En su gran mayoría, los desastres naturales y los producidos por el hombre vienen en forma súbita e inesperada, alterando los sistemas normales de salud. Es indiscutible la importancia de la planificación preventiva en relación con los desastres. No basta la buena voluntad y el interés por los demás para eliminar o disminuir las graves consecuencias que suelen imponer los desastres a la población.

La experiencia ha demostrado que se cometen errores cuando no hay una organización adecuada, ni personal preparado para actuar conforme a un plan previamente concertado, ni dirección, coordinación y control eficiente de las operaciones de socorro. Esos errores provocan confusiones, retrasos, omisiones, iniquidades y duplicaciones, además de aumentar las dificultades que tienen las autoridades responsables para movilizar los recursos disponibles oportunamente y en su totalidad.

Es necesario que los sistemas de salud, así como la infraestructura de salud pública que posee el país estén organizados y preparados para funcionar, no sólo en condiciones normales sino

también en casos de desastre, planteándose qué tipo de medidas deben tomarse en estos casos. Estas medidas dependerán de la severidad con que esté afectado el sistema nacional de salud.

El plan de preparativos de salud para casos de desastre debe formar parte del plan nacional de preparación de actividades para estos casos, y además deberían existir todas las características y elementos necesarios que aseguren un engranaje tan perfecto como sea posible para evitar la mala utilización de recursos, la duplicación de esfuerzos y lograr la obtención óptima de beneficios.

El plan nacional tienen que tener un carácter multidisciplinario y multiinstitucional, para que exista un aseguramiento multilateral en el que participan organismos tales como: servicio meteorológico (entre ellos los servicios hidrológicos y sismológicos), planificación nacional, obras públicas, servicios públicos (electricidad, agua, gas, saneamiento), construcción, alimentación, industria, comunicaciones, transporte, educación, información pública, rehabilitación, asistencia social, salud pública, fuerzas armadas, defensa civil, policía, bomberos, Cruz Roja, etc. Cada uno de estos organismos deberá elaborar su plan específico de acción, en función de las responsabilidades que le han sido asignadas dentro del plan nacional. Estas actividades deberán ser consideradas en tres etapas cronológicas bien definidas:

- a) Preparación antes del desastre.
- b) Acción-operación durante el desastre.
- c) Rehabilitación después del mismo.

Los planes nacionales, los municipales y los sectoriales dentro de estos deben ser diseñados los que corresponden a la Zona de Defensa de tal manera que tengan un alcance nacional real, como está previsto en la Guerra de Todo el Pueblo, en la cual se involucren desde los niveles de mayor complejidad hasta los niveles menos complicados y más elementales, como son las zonas rurales las más apartadas del país.

El Plan Nacional de Preparativos de Salud para casos de desastre tendrá que involucrar, igualmente, a todos los organismos y sectores que realicen en forma directa o indirecta actividades de salud en el país. Dentro del plan se asignarán funciones específicas a cada uno de los que intervienen, y éstos, a su vez, tendrán que plantear y elaborar sus programas también específicos, determinando objetivos, metas claras y precisas, las que sumadas en su totalidad representen exactamente los objetivos declarados en el plan nacional previsto para cada Situación de Contingencia y como lo declarase el invicto Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz en su creación en 1984 el Consultorio del Médico de la Familia es el Guardián de la Salud del Pueblo de Cuba.

Hoy ante esta Pandemia Mundial que azota al Universo, la cual ha costado y aún se desconoce el número de enfermos y fallecidos que puedan existir, así como el costo monetario elevado en lo

que se han resignado especialmente los pobres de la Tierra para salvar a sus enfermos y países que no tienen la infraestructura de Salud como nuestro país es por lo que cobra vital importancia esa designación del Comandante Fidel y es por lo que hoy el Estado y sus Organizaciones de Masas le han dado la responsabilidad ante esta contingencia de aplicar los protocolos del COVID-19. Y se pueda restablecer la situación "nueva normalidad" y con esto contribuir a la recuperación social, económica y de salud del pueblo cubano.

Objetivo general-

Dar a conocer la organización del Sistema de Salud de Cuba para el Aseguramiento Médico ante una Situación de Contingencia.

Específicos.

De acuerdo a las causas que la producen. Antropométricos (Por las Fuerzas Ciegas de la Naturaleza).

Las producidas por el hombre, el cambio climático y las guerras.

La mayoría de los sistemas de salud en nuestra región están organizados sobre la base de una infraestructura de atención médica constituida por puestos de salud, hospitales regionales, provinciales o estatales y hospitales nacionales o metropolitanos de referencia, así como unidades asistenciales especializadas. En esta organización, el sistema de referencia, control y supervisión está delineado, categorizado y supervisado adecuadamente. En el caso de un desastre que afecte este sistema, recomendamos hasta donde sea posible mantener la estructura básica del mismo, la que deberá ser adecuada y reforzada según el tipo de desastre, el área afectada, la magnitud, y la extensión del mismo.

La organización de los centros asistenciales para casos de desastre debe estar planificada con anterioridad, basándose fundamentalmente en la estructura y sistemas normales de salud y de atención médica existentes en el país, en los niveles provincial, municipal y en la Zona de Defensa. Los preparativos deben considerar las normas, papeles y funciones que deben ejercer desde el responsable de salud en la zona hasta las misiones de cada consultorio y el despliegue de este, en el que vendrán a desempeñar un papel significativo los centros de salud no afectados por el desastre.

Es necesario recalcar que en esta organización asistencial para casos de desastre deben tomarse en cuenta no sólo el sistema de salud del país (que por lo general está formado por la red de instituciones centralizadas y descentralizadas), sino también las entidades autónomas, semiautónomas y privadas de salud, para que todas juntas formen parte inmediatamente de un gran sistema nacional de salud para casos de desastre.

Esta recomendación no debe quedar como "ideal"; más bien deberían estructurarse los mecanismos necesarios a través del Comité Nacional de Emergencia o del Sistema de Defensa

Civil, a fin de que en el momento que un área o todo un país sea afectado por una catástrofe, entren todos automáticamente a formar parte del sistema nacional de salud para casos de desastre.

La regionalización de los servicios de salud debe ser parte de la infraestructura del sector en su estrategia nacional. En casos de desastre, esta regionalización permitirá una mejor utilización de los recursos, incluyendo transporte, comunicaciones y abastecimientos, lo que traerá beneficios haciendo más eficaz la atención de los pacientes.

Dentro de la regionalización debe establecerse coordinación entre las unidades asistenciales del Ministerio de Salud, y las organizaciones descentralizadas y otras que brindan servicios de salud. Debe establecerse un comando único regional que ejecute las órdenes, ponga en acción los planes existentes, y asegure el enlace de los servicios de salud con el Comité Nacional de Emergencia o sistema de Defensa Civil.

Es de vital importancia que se establezcan niveles de autoridad y coordinación y que funcionen adecuadamente, ya que la falla o el resquebrajamiento de la disciplina y coordinación en el desarrollo y aplicación de los planes para los servicios sólo traerán deficiencia y aumento de los costos.

Las tareas de coordinación, comunicación y supervisión son fundamentales en la implementación del plan nacional de salud para casos de desastre. Dicho plan deberá ser coordinado antes del desastre con el Comité Nacional de Emergencia o Defensa Civil, para que funcione como brazo ejecutor de dicho comité.

Es importante que se preparen e identifiquen verdaderos líderes antes de que ocurran los casos de desastre. Estos líderes deberán tener autoridad y ser respetados por el gremio médico, la población y las autoridades establecidas; deberán tener conocimientos, facilidades de comunicación, y la autoridad necesaria para hacer funcionar la regionalización y contribuir a la eficacia de servicios de las unidades asistenciales de acuerdo con los planes previamente desarrollados, y además deberán tener la capacidad de improvisar, elaborar y desarrollar medidas de urgencia acordes con las necesidades.

Deberá hacerse mención especial en relación con las actividades de las organizaciones voluntarias en casos de desastre, y habrá de hacerse hincapié en el sentido de que dichas organizaciones, tanto nacionales como internacionales, se adapten y actúen en base a los planes y asignaciones realizados por el Comité Nacional de Emergencia o Defensa Civil en general, y al comité de salud para casos de desastre en particular.

Si existen programas de coordinación en las instituciones asistenciales, el centro hospitalario podrá enfrentar una situación de catástrofe con mayores posibilidades de éxito.

La sectorización de las ciudades, y la delimitación de las áreas de influencia de los hospitales y centros de salud son factores importantes en la estructuración de planes de emergencia.

La definición clara de los niveles de atención según categorías, ubicación y grado de complejidad de las instituciones de salud, ha de permitir, igualmente, la planificación de acciones coordinadas, sucesivas y escalonadas en un plan global de atención médica frente a la emergencia; aquí es donde cada institución tendrá que asumir una responsabilidad según las circunstancias y la magnitud de la catástrofe.

El sistema de regionalización contempla zonas y áreas hospitalarias donde un "hospital líder" u "hospital regional base" tendrán la responsabilidad de organizar unidades asistenciales satélites en la región.

CLASIFICACIÓN DE LOS CENTROS ASISTENCIALES PARA CASOS DE DESASTRE.

La necesidad de organizar el sistema de salud para casos de desastre a nivel del país, hace necesaria definir la categoría de cada una de las instituciones asistenciales en cada uno de los países partiendo de las peculiaridades de cada uno de ellos.

Partiendo de la base de que el hospital debe ser el centro coordinador de asistencia en caso de desastres mayores, esta categorización debe realizarse tomando en cuenta la capacidad y financiamiento, la interconexión de la red de asistencia y las características regionales, y no deberá estar necesariamente ligada a la división política-administrativa del país.

Para la clasificación de los centros asistenciales la O.P.S. utiliza los siguientes términos:

- **Centro Médico Nacional** - Sería el centro hospitalario de más alto nivel, con recursos humanos y físicos para otras especialidades; por ejemplo: traumatología, quemados, oftalmología, etc.
- **Hospital Líder u Hospital Regional Base** - Centro asistencial que asumiría la responsabilidad de atención hospitalaria en una región, estado, provincia, o municipio; coordinaría la atención de emergencia con otros centros asistenciales de menores recursos o capacidades.
- **Unidades Asistenciales Satélites** - Serían centros asistenciales menores, con capacidad hospitalaria, pero con escasos recursos humanos y materiales; estos centros prestarían servicios de obstetricia, pediatría, cirugía y medicina, coordinando su acción con los hospitales líderes o regionales base.
- **Centros Asistenciales Especiales**- Serían centros asistenciales con capacidad hospitalaria, pero su acción estaría limitada a especialidades; en caso de emergencia podrían ser utilizados como unidades asistenciales satélites o como centros de evacuación de pacientes en observación, postoperatorios no complicados o con patologías, que pudiesen ser tratadas en esos centros, y lo cual permite descongestionar los hospitales regionales.
- **Puestos Asistenciales (Policlínicas)**- Serían centros de atención asistencial primaria sin

capacidad hospitalaria, situados en áreas rurales o zonas urbanas periféricas, con escasos recursos humanos; estos centros; actuarían según las circunstancias como puestos de primeros auxilios o centros de clasificación de heridos.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA ZONA DEL DESASTRE. RESOLUCION DEL MINISTRO DE SALUD PUBLICA 3 DE MAYO 2017, 6TA VERSION.

Dependiendo de la localización y de la magnitud del desastre, generalmente se establece en el sitio de la catástrofe un primer nivel de atención para efectuar las labores de socorro y primeros auxilios a las víctimas. Cuando el desastre ocurre en las áreas metropolitanas, este primer nivel de atención estará a cargo del personal de las ambulancias, bomberos, policía, Cruz Roja y otro personal médico o paramédico. Si el desastre ocurre en un área rural alejada de los centros poblados, el personal de los puestos y centros de salud más próximos asumirá la responsabilidad de asistir a las víctimas en las primeras etapas de la emergencia. En nuestro país con la Doctrina de la Guerra de todo el Pueblo desarrollada ante cualquier situación muy específicamente en que seamos agredidos se ha establecidos las diferentes etapas de tratamiento y evacuación desde la Asistencia primaria, primera asistencia médica, secundaria, terciaria y como se observó la cuarta que la realizan los centros de investigación, compuestos por los Institutos y Centros de Investigación como el Pedro Kouri.

Se ha establecido la Doctrina de Tratamiento y Evacuación lo siguiente. Que se observen normas mínimas de organización y coordinación en el sitio del desastre, cualquiera que éste sea, a fin de evitar la confusión que ocasionaría el deterioro de la asistencia.

Las normas a observarse deberán estar orientadas a lo siguiente:

- 1) Establecimiento de un puesto de dirección que coordine las actividades de emergencia, velando por el buen uso del recurso disponible y evitando conflicto de roles.
- 2) Rápida evaluación de la magnitud del desastre y del número de víctimas, localización y necesidades urgentes.
- 3) Selección del área o zona que servirá como primer nivel de clasificación () e identificación (*tagging*) de los heridos antes de traslado a los centros de asistencia. Si la magnitud del desastre lo justifica, se deberá elegir en el sitio de la catástrofe uno o varios espacios adicionales que funcionen como segundo nivel de clasificación de heridos.
- 4) Administración de primeros auxilios a los heridos, tales como inmovilización, control de hemorragias, mantenimiento de las vías respiratorias y en algunos casos reemplazos del volumen sanguíneo. La administración de primeros auxilios debe observar los criterios de prioridad otorgados en el área del desastre, en la cual la etapa de Tratamiento y Evacuación no determina el nivel para asistir y actuar, conociendo que la primera Misión del Sistema de Salud es la Conservación de la Vida, su restauración Psíquica y Física, como el restablecimiento del cuadro de

salud en la zona o comunidad.

5) Establecimiento de las vías de comunicación con los hospitales regionales o unidades satélites, a fin de dar la "voz de alarma" para que los establecimientos hospitalarios activen y pongan en ejecución sus respectivos planes de emergencia para la atención de heridos en masa.

6) Se deberá prever el establecimiento de un área para realizar la descontaminación de las víctimas en el lugar del desastre (Corredor de Descontaminación), en los casos que así lo requieran.

Una vez que los hospitales y centros asistenciales hayan tomado conocimiento de la catástrofe y activado su propio plan para situaciones de emergencia, movilizarán sus recursos para la atención *in situ*. Según la magnitud del desastre, trasladarán los equipos médicos o enviarán equipos de rescate y salvamento con entrenamiento en primeros auxilios.

En un desastre de magnitud que haya afectado incluso las estructuras físicas de los hospitales o sobrepasado la capacidad de atención de los hospitales disponibles, podría estar justificada, con ciertas limitaciones, la utilización de Hospitales Móviles como un medio alternativo para funcionar como hospital de referencia, hospital de tratamiento o sólo como centro de primeros auxilios. No obstante, la experiencia ha demostrado la poca eficacia de este tipo de hospitales debido a los costos de movilización e instalación, la poca autonomía de recursos materiales y humanos y su complejidad.

El destacamento Henry Reeve creado por el Comandante en Jefe Fidel tiene suficiente experiencia con resultados muy satisfactorios en salvar vidas y disminuir o erradicar las insatisfacciones de la demanda de atención médica en la ayuda humanitaria que caracteriza a los hombres y mujeres de bata blanca en la arena Internacional en este despliegue de los Hospitales de campaña, lo cual se ha observado hoy más que nunca en su ayuda desinteresada en los parajes más recónditos como en los países desarrollados que han pedido y en otros que la O.M.S lo ha solicitado. Durante la pandemia han salvado más de 12 mil 488 vidas en 39 naciones.

Cuando un desastre natural azota a las comunidades pequeñas y dispersas, la demanda de los servicios de salud se incrementa considerablemente; esto significa que los centros de salud de esa área de influencia deben asumir la responsabilidad inmediata de la situación planteada. De ahí que se haga necesario un recuento general de las características principales de la organización normal de los servicios de salud en las zonas rurales como en tiempo de guerra la Zona de Defensa.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA.

Es obvio que existen múltiples y diferentes características de organización y utilización del recurso humano existente; sin embargo, en términos generales, los centros de salud disponen de médicos generales permanentes o que realizan visitas periódicas. En la mayoría de los casos se utilizan los

dispensarios médicos rurales para que los médicos recientemente graduados cumplan con el servicio obligatorio de medicina rural.

Por otro lado, tenemos concebido que los C.M.F funcionen en edificios o casas de la propia comunidad que generalmente reúnen las condiciones que aseguren su integridad. Este, detalle indica que, ante un desastre natural de magnitud, existe la posibilidad de deterioro del edificio donde funciona el centro de salud, con las consecuencias y complicaciones derivadas de la afectación y tipo de desastre o contingencia.

El equipo y mobiliario disponible es bastante sencillo. El arsenal farmacológico no es complejo y normalmente no pasa de cien fármacos.

SISTEMAS DE REFERENCIA Y COMUNICACIONES.

En algunos países, los programas de salud rural han incorporado la dotación de vehículos especiales para la movilización del personal de salud y traslado de pacientes en el campo, pero también hay que tener en cuenta que otro buen número de países no disponen de esta facilidad y que por ende el personal tendrá que utilizar los medios de transporte existentes en la zona. Nuestro Ejército Mambí y el Guerrillero Heroico Ernesto Che Guevara en los combates para liberarnos del opresor y este en sus misiones internacionalista contra el imperialismo, APARTHEID, Muchas veces utiliza como transporte una camilla o una canoa rudimentaria. Fue frecuente observar al campesino transportar a sus enfermos con camillas improvisadas, caminando larga y penosamente hasta el centro de salud más cercano antes del triunfo de la Revolución.

En la primera Contingencia que azoto al país con un Gobierno Revolucionario el cual costo daños esenciales en pérdidas de vida, consecuentemente económicos observamos como posteriormente en cualquier otra al Fidel invicto en primer plano con su pueblo como fue en el Ciclón Flora, Ataque a Girón en una balsa, helicóptero, tanque de guerra.

LA COMUNIDAD.

Cuando un desastre natural importante afecta a las poblaciones del área sea rural o de la ciudad el cual ha producido graves lesiones a sus habitantes, los problemas graves de comunicación. Es posible que la zona permanezca aislada por algunos días entorpeciendo los sistemas de transferencia y de apoyo externo y con una ruptura inminente de la relación oferta/demanda de servicios, lo que ocasionará un daño más al desastre.

El impacto y sus consecuencias por lo general sobrepasan las posibilidades, por lo que debemos estudiar detenidamente todas las alternativas para utilizar al máximo los escasos recursos disponibles que contamos como es en estos momentos con un recrudecimiento de la Ley Helms Burton, la COVID-19 sin la posibilidad de entrada de Turistas, con un Ciclón que nos trajo daños en la agricultura de la región occidental es por lo que debemos acudir a ese baluarte de la salud en la prestación y cumplimiento de los protocolos establecidos y exigirle a la comunidad instruida,

los valores de disciplina, amor, respeto a las normas de convivencias que favorecerán la No proliferación de la Pandemia. Lo más importante es preparar y enseñar a la propia comunidad para que en un momento determinado se incorpore en forma activa y organizada como un importante, y a veces el único, órgano de apoyo a los servicios médico-sanitarios existentes.

Los temas que deberán ser tratados y difundidos son: primeros auxilios, medidas higiénicas, rescate de víctimas, transporte de lesionados, ayuda mutua, censo y búsqueda, acampado de masas, organización de brigadas, y las actividades de rehabilitación post desastre.

Como en cualquier tipo de desastre natural, las primeras horas son realmente críticas. El pánico cunde de inmediato en el ambiente, la población se encuentra desorientada y no sabrá en principio qué hacer ni cómo organizarse, a pesar incluso de haber recibido adiestramiento previo. Esto es explicable debido al fuerte impacto de tensión emocional pero que paulatinamente va cediendo y permitiendo obrar más ágil y organizadamente, el cual en la Disciplina de Medicina de Desastre para alumnos extranjeros y en P.P.D se realizan clase prácticas, ejercicios demostrativos para los cálculos de medicamentos, soluciones líquidas, alimentos y se le refiere que por cada pérdida humana o daño material de envergadura se multiplica la afección por estrés en la población por 5.

El profesional del C.M.F. tendrá que poner en práctica el plan que se había establecido antes del desastre, y su personal deberá conocerlo perfectamente.

Se tiene previsto un adecuado, por lo menos en las zonas vulnerables, un saldo mínimo importante de medicamentos, material de curaciones y de inmovilizaciones para poder hacer frente a la situación.

Este material se adecuará con el tipo de desastre frecuente en la zona, de ahí la flexibilidad y adecuación.

En ocasiones habrá necesidad de improvisar un centro de atención masiva de pacientes; para esto podrían utilizarse espacios amplios, como aulas de escuela, la iglesia u otros edificios similares que deberán determinarse con anticipación los que denominamos Consultorio de Reserva.

Siempre que las posibilidades lo permitan, será mejor realizar la atención de los pacientes en sus propios hogares. Con esto se evita la inmensa concentración de enfermos en los consultorios del médico de familia (C.M.F), hospitales de referencia, se reducen los costos y se desarrollan los protocolos en este los de COVID 19.

Los mismos pobladores, de acuerdo con las normas transmitidas durante el adiestramiento, forman e integran espontáneamente brigadas de rescate de víctimas, de primeros auxilios, de transporte de lesionados, de distribución de socorros, etc.

Todos los Centros Asistenciales de Salud de acuerdo con su categoría en la estructura del Sistema Nacional de Salud, deben contar con un Plan de Actuación para casos de Desastres. La estructura

de este plan será dependiente de la categoría de cada uno de los hospitales y del papel que juegan en el programa nacional de salud de acuerdo con su tamaño, área de influencia y área susceptible de desastre.

En los casos de desastre se pueden considerar los períodos establecidos por la Defensa Civil; sin embargo, aunque algunos desastres pueden tener períodos de alerta de días o posiblemente semanas, no es en ese periodo cuando el centro asistencial debe iniciar la elaboración de un plan para atender la posible catástrofe; estos planes deben ser concebidos, estudiados y practicados antes del desastre.

CONCLUSIONES

La regionalización de los servicios de salud debe ser parte de la infraestructura del sector en su estrategia nacional.

Los Centros Asistenciales de Salud de acuerdo con su categoría en la estructura del Sistema Nacional de Salud, deben contar con un Plan de Actuación para casos de Desastres.

El destacado papel de los CMF junto al pueblo ante situaciones de esta envergadura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahearn, F. Disaster mental health: A pre and post-earthquake comparison of psychiatric admission. *Urban Social Change* 14(2), verano de 1981.
2. Andreani, L. Organización de los servicios médicos en situaciones de desastre. *Boletín del PEPO*, 1975.
3. Assar, M. Guía de saneamiento en desastres naturales. OMS, 1971.
4. Báez, L. Desastre. Monografía, 1978.
5. Báez, L. El pánico en los desastres. *Boletín del Departamento de Medicina Preventiva y Social* 13(3,4):20-22, 1979.
6. Báez, L. Sistema Nacional de Defensa Civil, planificación en el área médico-asistencial. Monografía, 1980.
7. Chicago Hospital Council. Medical Emergency Plan. Monografía, febrero de 1981.
8. Diamond, L. Emergency cure update triaging pediatrics emergencias. En *Critical Care Update*. Houston, Texas, 1980, págs. 28-32.
9. Emergency Preparedness Plan. (Belvoir MEDDAC-EPP), 1980.
10. Gómez, E. Actualización y evaluación del Plan Hospitalario para Casos de Desastre. Monografía, 1981.
11. McDonald, R. Administración médica y de enfermería de víctimas en masa después de desastres naturales. Monografía, 1981.

12. *Manual de la Cruz Roja en casos de desastres*. Liga de Sociedades de la Cruz Roja, Ginebra, Suiza, 1970 y 1976.
13. Núñez Flores, E. *Medicina en desastres, atención de emergencia*. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, febrero de 1981.
14. OPS/OMS. *Memorias del Seminario sobre Desastres Tecnológicos asociados con agentes químicos*, 1987.
15. OPS/OMS. *Organización de los servicios de salud para situaciones de desastres*, 1983.
16. Perales, A. *Plan hospitalario para atender emergencias derivadas de un desastre*. OPS, Monografía.
17. Prieto, L. y cols. *Actuación sanitaria en desastres naturales: un esquema de normas prácticas*. *Revista Sanitaria de Higiene Pública* 50 (mayo-junio), 1976.
18. *Programa de extensión de cobertura, atención primaria de salud con participación comunitaria*. Vols. I y II. Ministerio de Salud Pública, Ecuador, 1980.
19. Salgado, J. y cols. *Plan de atención médica para una catástrofe pública*. Trabajo presentado en el Seminario sobre Plan de Atención Médica y Rol de los Establecimientos de Salud en Situaciones de Catástrofes. Cartagena, mayo de 1978.
20. Shamer, L. *Triage, the treatment of mass casualties by fire/rescue personnel*. De un estudio especial preparado por la OPS sobre el tema "A Review of Triage Techniques and Triage". The Florida Chapter, American College of Emergency Physicians, mayo de 1981.
21. APAO Díaz Georgelina y Coll Salud Publica en Situaciones de Desastres Temas para enfermería. Colectivos de autores—La Habana. Monografía 2008
22. Bello Gutiérrez Bruno L. *Primeros Auxilios Trabajo de Salvamento*. La Habana. Monografía 2007.
23. González Navarro, Víctor Rene. *Situaciones de desastres. Manual para la preparación comunitaria*. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana Cuba 2009
24.Situaciones de desastres. Manual para la organización de la atención médica de urgencia. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana. Cuba 2009.
25.Situaciones de desastres. Manual para el socorrista. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana. Cuba 2009.
26. *Situaciones de desastres. Manual para la organización de la atención medica de urgencias socorrista*. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana. Cuba 2009.
27. Preparación para la defensa Tomo II Preparación sanitaria especial-Cirugía en situaciones de contingencias. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana 2009.

28.Organización Panamericana, Oficina Regional de los Servicios de Urgencias Médicas en el escenario del desastre. Organización de los Servicios de Salud para Situaciones de Desastre Publicación Científica No 443.

29. Decisión del Ministro Salud Publica 6TA Versión3 de mayo 2017.

.